

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ADHÉRENCES CONGÉNITALES
DES GRANDES LÈVRES

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 25 Janvier 1922

PAR

Momtchilo NIKOLITCH

Né à NICH (Serbie), le 19 Mai 1894.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DENUCE, professeur	Président.
		CHAVANNAZ, professeur	Juges.
		GUYOT, agrégé	
		ROCHER, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 92

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ADHÉRENCES CONGÉNITALES
DES GRANDES LÈVRES

Thèse pour le Doctorat de l'Université de Bordeaux

MENTION « MÉDECINE »

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Janvier 1922

PAR

Momtchilo NIKOLITCH

Né à NICH (Serbie), le 19 Mai 1894.



Examineurs de la Thèse

{	MM. DENUCE, professeur	Président.
	CHAVANNAZ, professeur	Juges.
	GUYOT, agrégé	
	ROCHER, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie ..	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale...	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale infan- tile et orthopédie.....	DENUCE.
Pathologie et thérapeuti- que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique....	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie Pathologique...	SABRAZES.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie.....	PICQUE.	Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et his- tologie.....	G. DUBREUIL.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique psychiatrique....	ABADIE.
Physique biologique et clinique d'élec- tricité médicale.....	BERGONIE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn- gologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHEULE.	Toxicologie.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.		
Pharmacie.....	DUPOUY.		
		M. PRINCETEAU.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie et embryologie{	N....	Leuret.
	N....	DUPERIE.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).	CREYX.
Physiologie.....	DELAUNAY.	MICHELEAU.
Anatomie pathologique...	MURATET.	PERRENS.
Parasitologie et Sciences{	R.SIGALAS (chargé)	LANDE.
naturelles.....	N....	GUYOT.
Physique biologique et mé-		ROCHER.
dicale.....	RÉCHOU.	DUVERGEY.
Chimie biologique et médi-		PAPIN.
cale.....	N....	PERY.
	PETGES.	FAUGERE.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	TEULIERES.
	MAURIAC.	LABAT.
		N....

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.	LABAT.
Cours complémentaire de Chimie.....	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénéréologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés	
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....	ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ^{ne}	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
pour son affection et son dévouement.*

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUYOT

CHARGÉ DU COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR M. DENUCÉ

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Hommage de respectueuse
reconnaissance pour le grand honneur
qu'il nous a fait de vouloir bien pré-
sider notre thèse.*

AVANT-PROPOS

Étant du nombre des réfugiés auxquels, pendant la Grande Guerre, la France a ouvert si libéralement les portes de ses Facultés pour l'accomplissement de nos études, nous voulons d'abord remercier ici la FRANCE et ses MAITRES :

La FRANCE, qui, malgré des heures douloureuses qu'elle a traversées pendant la période pénible de la Guerre, nous a reçus avec la même générosité et la même confiance pour nous enseigner sa littérature et ses sciences. A ELLE vont nos plus sincères sympathies et notre reconnaissance ardente ;

Les MAITRES de la FACULTÉ DE BORDEAUX, qui nous ont témoigné le plus doux accueil, la plus grande sympathie, et qui mirent à notre profit leurs plus brillantes qualités de science et d'expérience.

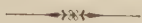
Que M. le Professeur DENUCÉ, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, trouve ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Notre reconnaissance inscrit encore sur cette page les

noms de MM. le Professeur ARNOZAN, le Professeur CHAVANNAZ, et le Professeur BÉGOIN.

Nous adressons tout particulièrement nos remerciements à M. le Professeur agrégé GUYOT, qui a eu l'extrême obligeance de nous donner le choix de ce sujet, et qui a bien voulu toujours nous guider de ses conseils éclairés pendant ce travail trop court.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE des Adhérences congénitales des Grandes Lèvres.



HISTORIQUE



Si nous recherchons dans les écrits des accoucheurs et des chirurgiens, nous voyons les imperforations vulvaires signalées dans presque tous, parmi les vices de conformation que peuvent présenter les nouveau-nés. Mais, le siège précis reste le plus souvent indéterminé.

HIPPOCRATE dit bien, au livre I^{er} des *Maladies des femmes*, que la conception peut être empêchée par certaine membrane qui bouche la matrice, mais il ne détermine pas le siège précis de cette membrane. (*De his qui uterum non gerunt seu de sterilitate.*)

ARISTOTE y consacre un chapitre : « quelques filles, dit-il, restent avec le vagin fermé depuis la naissance jusqu'au temps de leurs menstrues ». (*De generat. anim.*, livre iv, ch. 4.)

PLINE, racontant l'histoire de l'accouchement laborieux de Cornélie, mère des Gracques, parle de l'adhérence des parties génitales (PLINE, *Nat. hist.*, livre vii, ch. 16). CELSE fait également mention de l'agglutination des bords des parties génitales (*De medicis libr.*, iv, ch. 4).

SENNET consacre un chapitre tout entier à l'atrésie des parties génitales. Il distingue l'adhérence des grandes lèvres, l'occlusion vaginale ou du col de l'utérus et l'imperforation de l'hymen. Il en étudie les causes, les symptômes et les complications.

RIVERIUS s'occupe de cette question : « *Virgines uteri laborantes atretæ seu imperforatæ nominatur* ». Il mentionne celle qui siège à la vulve : « *In osculo anterior quoad vulva nominatur* ». Et, lorsqu'il s'occupe de rechercher les causes, il admet la division moderne des atrésies en congénitales et accidentelles.

On retrouve la même division dans VAN-SWIETEN dans ses commentaires des aphorismes de BOERHAAVE (*commentaria morbi virginum*, § 1290). Il parle même de ces faits pour recommander aux sages-femmes d'examiner les nouveau-nés au moment de la naissance. HEISTER dit que « les filles naissent quelquefois avec les deux lèvres de la vulve collées l'une à l'autre, de façon qu'elles ne peuvent rendre leur urine; quelquefois, il y a une petite ouverture qui permet à l'urine de sortir, mais l'orifice du vagin et le reste de la vulve est oblitéré... « L'enfant apporte ordinairement le vice dont nous parlons du ventre de sa mère, mais il provient aussi quelquefois, chez les adultes, de l'ulcération de l'orifice du vagin, occasionnée par un accouchement difficile. »

D'après LEVRET (art. des accouchements, p. 21, 1766), « la vulve est quelquefois close dans les enfants naissants au point qu'on ne peut distinguer aucune des parties extérieures de la génération, et qu'il n'y a point d'autre ouverture que le méat urinaire qui occupe sa place naturelle. » « Il ne faut pas confondre, dit-il, la clôture dont il est question avec l'imperforation de la vulve par défaut d'ouverture de l'hymen. »

HALLER connaît cette malformation et en montre très bien le siège aux grandes et petites lèvres (*Disputationes chirurgicæ selectæ*, 1755).

BAUDELLOCQUE ne parle que des adhérences des grandes lèvres (*Traité des accouchements*, 1787).

FOLLIN, DUPLAY, RECLUS, TILLAUX, BERNUTZ, POZZI, LE DENTU, tous en parlent, mais d'une manière rapide, au milieu des autres malformations.

CHAPITRE I

Étiologie et Pathogénie.

Les adhérences des grandes lèvres semblent être rares, si l'on en juge par le peu de documents qui existent dans la bibliographie médicale. AMUSSAT en a vu plusieurs; BOUCHACOURT, CAZEAUX, CHARPENTIER en ont observé quelques cas; HULIN en rapporte un cas, MAURICEAU en rapporte deux observations, RENAUDIN cite un cas chez une femme de 25 ans, ASHWELL a vu trois cas.

Le nombre des observations d'adhérence des grandes lèvres, publiées jusqu'à ce jour, paraît donc infime. On peut donc en déduire qu'il s'agit là d'un fait un peu exceptionnel.

Nous avons consulté à ce sujet quelques uns des accoucheurs et des chirurgiens, placés à la tête des services hospitaliers : ils en ont vu rarement. M. le Professeur DENUCE en a observé deux cas dans sa clientèle et deux cas à l'hôpital.

Avant de nous demander quelle peut être l'explication que l'on pourrait donner sur cette anomalie, il importe de rappeler quelque notion d'embryogénie pour voir comment se forment les organes génitaux externes.

Les organes génitaux externes se développent indépendamment des organes génitaux internes, mais ils sont intimement liés à la formation de la dernière portion du tube digestif qui va constituer l'anus.

Nous avons tout d'abord les canaux de Wolf et de Müller, s'ouvrant dans l'allantoïde qui est formé par l'évagination

de la paroi antérieure de l'intestin terminal. Ces canaux représentent les conduits de l'excrétion de l'urine et des organes génitaux internes, et la portion de l'allantoïde où ils s'ouvrent, porte le nom de sinus uro-génital. L'allantoïde est alors en communication avec la portion terminale de l'intestin à laquelle il rattache son origine. Il en résulte la formation d'une cavité dite cloaque ou cavité cloacale.

Cette cavité cloacale ne tarde pas à être divisée en deux parties. L'espace compris entre l'allantoïde et l'intestin forme, avec les tissus qui le limitent, un angle dont la pointe se dirige vers la cavité cloacale. Cette pointe, le repli ou l'éperon périnéal, continue son mouvement d'abaissement et divise ainsi progressivement le cloaque en deux espaces, l'un antérieur, se continuant avec l'allantoïde et l'autre postérieur qui est en rapport avec l'intestin. C'est là le mode de développement de la cloison cloacale admis par la plupart des auteurs. Cependant, il faut rappeler deux autres processus de cloisonnement du cloaque. C'est d'abord la conception de RATHKE, reprise plus récemment par RETERRER (1890) et d'après laquelle il se produirait deux replis sur les parties latérales du cloaque. Ces deux replis se fusionneraient sur la ligne médiane, progressivement de haut en bas. Enfin, la théorie de ROLLIXER, d'après laquelle il y aurait à la fois production des replis latéraux et descente du repli périnéal.

Voyons maintenant comment se forment les organes génitaux externes. L'éperon périnéal, après avoir divisé le cloaque en deux cavités, divise en même temps la membrane cloacale en deux parties : membrane uro-génitale et membrane anale. Tout d'abord c'est la membrane uro-génitale qui se perfore, mettant ainsi le sinus uro-génital en communication avec l'extérieur par une fente, une fissure. Un peu plus tard, la membrane anale se perfore aussi et le rectum s'ouvre en dehors par l'orifice anal. Cette fente, cette fissure uro-génitale, est entourée, plus tard, de chaque côté par une couche, appelée bourrelet génital. A la partie anté-

rieure, et entre les deux bourrelets, apparaît une petite saillie qui va constituer le tubercule génital. Ce tubercule lui-même est pourvu sur la face antérieure d'un sillon, d'une gouttière qui s'étend jusqu'au sinus uro-génital et prolonge en avant son orifice.

C'est la disposition des organes génito-urinaires jusqu'au milieu du troisième mois. A cette époque, il est impossible de distinguer l'un de l'autre les deux sexes. A partir du quatrième mois de la vie intra-utérine des transformations se passent, qui aboutissent à la différenciation du sexe.

Chez le fœtus femelle, le tubercule génital va former le clitoris. Le sinus génital est destiné à former le vestibule du vagin. Les bourrelets génitaux, restant isolés l'un de l'autre, forment les grandes lèvres. Les replis génitaux, qui existent de chaque côté du sillon, deviennent les petites lèvres.

DEBOUT, DEBIERRE, GEOFFROY SAINT-HILAIRE, qui ont étudié spécialement les malformations qui dépendent de l'embryogénie, y ont rattaché l'atrésie vulvaire. Ils pensent qu'il faut trouver l'explication de cette anomalie dans un vice de formation embryogénique, dans un arrêt de développement des organes génitaux. C'est une opinion qui doit être rejetée, car, en même temps que cette atrésie vulvaire, nous devrions trouver des malformations, intéressant les organes qui se développent de même processus. Or, ces malformations manquent complètement.

Étant donné le mode de développement de la vulve, étant donné qu'il n'existe pas d'autres malformations, nous croyons qu'il est inutile de chercher l'explication dans un vice de formation embryonnaire. Telle est, également, l'opinion de Verneuil : « La manière dont se forment chez le fœtus les petites et les grandes lèvres, ne permet pas de concevoir comment elles pourraient ne pas être perforées; et si cela s'observait il faudrait admettre qu'elles ont contracté simplement des adhérences par suite d'une maladie intra-utérine. Ne sait-on pas en effet que l'atrésie

s'explique par un arrêt de développement, en vertu duquel l'abouchement entre deux cavités formées isolément ne s'effectue pas, ou bien, lorsque une des cavités manque ou ne s'étend pas jusqu'à ses limites naturelles. » (*Gazette des Hôpitaux*, 1856.) Il penserait alors à une maladie intra-utérine.

Les adhérences partielles ou complètes qui se développent chez les petites filles dans les deux ou trois premières années, sont beaucoup plus simples à expliquer; elles succèdent à l'inflammation de la vulve.

CHIPAULT a observé la vulvite de ce genre plusieurs fois : « la mère, dit-il, m'a affirmé qu'avant d'avoir eu du prurit et un écoulement vulvaire, l'enfant était bien conformée. » (*Bulletin Médical*, 1891.) Il considère la vulvite comme l'origine de toutes atrésies.

Si la vulvite peut causer des adhérences dans le jeune âge, pourquoi ne pourrait-elle le faire pendant la vie intra-utérine ?

C'est assez naturel, mais il faudrait savoir si réellement elle existe dans l'utérus et pourquoi elle se développe. D'après GOIGOUX, nous voyons que « l'enfant dans le sein de sa mère est à l'abri des causes ordinaires de la vulvite, cependant il est soumis à certaines influences capables de la produire. Son état général est plus ou moins bon, et si la petite fille fait une vulvite constitutionnelle, étrangère à une infection quelconque, le fœtus peut agir de même. L'état de la mère influence la marche de la grossesse et le développement de l'embryon ».

ASHWELL a observé deux cas de l'adhérence congénitale incomplète et héréditaire des grandes lèvres : « Dans les deux cas, les deux tiers inférieurs des bords des grandes lèvres adhéraient l'un à l'autre; en haut il reste une ouverture assez spacieuse pour ne point gêner l'écoulement de l'urine et du sang menstruel. L'une de ces malades était mariée depuis trois ans lorsqu'elle se décida à nous consulter. Nous incisâmes le sillon, formé par les bords

des lèvres, sur une sonde cannelée introduite par l'ouverture supérieure, et nous empêchâmes le rapprochement des bords en plaçant dans la plaie de petites compresses de toile. Onze mois après, cette femme jusqu'alors stérile, accoucha d'une petite fille qui présentait aussi une atrésie comprenant seulement le quart postérieur des grandes lèvres. » (SCANZONI. — Organes sexuels de la femme, p. 415).

D'autres médecins disent avoir observé l'hérédité de ce vice de conformation. Nous ne pouvons en conclure, mais nous avons tendance à croire ici encore à la théorie de l'inflammation intra-utérine.

Sauf les deux grandes théories pathogéniques que nous venons de passer en revue, il en est d'autres moins importantes.

D'après BOUCHACOURT, nous voyons que « ces adhérences peuvent être la conséquence d'une juxtaposition tellement intime analogue à la juxtaposition des surfaces observées en physique et étudiée au chapitre des phénomènes capillaires qu'on a pu voir là une adhésion organique et la nécessité de la détruire par l'instrument tranchant ». Dans ce cas on pourrait les considérer comme une simple agglutination de matière épidermique.

ZWEIFEL donne une autre cause d'adhérence : « C'est un défaut de cornification des couches épidermiques superficielles ; les faces internes des grandes et petites lèvres s'agglutinent et se soudent parfois d'une manière si complète et si étendue que l'émission des urines s'en trouve bien gênée ». (Die KRANKL, der ausseren weile genitali und die dammressi Stuttgart 1885).

CHAPITRE II

Symptômes.

La symptomatologie de l'atrésie vulvaire est, en général, très simple et toujours la même. Les symptômes sont de trois ordres différents : 1° ceux fournis par l'examen local de la lésion ; 2° les symptômes fonctionnels ; 3° les symptômes généraux.

A) Symptômes locaux. — Si la lésion intéresse toute l'étendue des grandes lèvres, à l'examen local, on constate l'absence complète des organes génitaux. Au lieu de voir la fente vulvaire, on distingue une ligne, espèce de raphé, résultant de l'union des deux lèvres. Cette atrésie complète ne s'observe que chez les nouveau-nés et la complication peut être grave si on n'intervient pas tout de suite.

Si la lésion est incomplète, l'agglutination n'intéresse que la partie inférieure des grandes lèvres. En haut, on remarque une ouverture plus ou moins spacieuse où on aperçoit distinctement le clitoris et l'ouverture du méat urinaire.

Au contraire, l'ouverture peut être si petite qu'elle laisse passer difficilement une sonde de femme. Cette ouverture peut exister en haut, correspondant au méat urinaire, ou bien se trouver plus bas.

B) Symptômes fonctionnels. — Le symptôme le plus habituel est le trouble apporté à l'émission des urines. Ce trouble peut aller jusqu'à la suppression complète de la

fonction. L'enfant, dans ce cas, n'urine pas, s'agite, crie, et en peu de temps une tumeur, formée par la vessie distendue, se montre à l'hypogastre. Pendant les efforts de la miction, l'urine coule dans le vagin, en avant de l'hymen, et il se forme une autre tumeur qui apparaît à la vulve.

Il est rare que l'affection se présente avec ces caractères de gravité ; ordinairement, il existe une petite ouverture par laquelle l'urine s'écoule.

Outre les troubles de la miction, on peut voir d'autres fonctions physiologiques empêchées, si les adhérences n'ont pas été détruites avant l'âge adulte ; ce sont la menstruation et la conception. Le sang des règles ne s'écoule que lentement par l'orifice qui existe. Les époques cataméniales sont caractérisées par des douleurs et des coliques, mais ces phénomènes sont surtout accentués quand il y a rétention complète.

Le coït est rendu très difficile et même impossible.

C) Symptômes généraux. — Si l'adhérence est incomplète et l'urètre libre, l'affection est souvent indolore et passe inaperçue. Il n'en est point de même quand la lésion s'accompagne de rétention urinaire partielle ou totale.

La rétention partielle des urines est suivie d'inflammation locale. La région vulvaire est le siège de rougeur d'exulcération, de prurit et de douleur.

La rétention complète des urines est bien plus grave. Indépendamment des douleurs qui font crier le nouveau-né, on perçoit une tumeur au-dessus des pubis et l'autre à la vulve. L'enfant meurt à la suite d'intoxication urémique, au milieu de cris et de convulsions.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Le diagnostic de l'adhérence des grandes lèvres est généralement facile à établir, car cette anomalie se présente presque toujours sous le même aspect.

Cet aspect, tout spécial, de la vulve frappe même les personnes étrangères à la médecine. Les parents ou la nourrice disent que l'enfant n'est pas faite comme les autres. On ne peut hésiter à reconnaître cette affection.

Le médecin appelé à examiner un enfant, qui n'a pas uriné depuis sa naissance, doit penser à cette malformation, et l'examen local confirme rapidement son idée.

L'union des grandes lèvres peut être parfois confondue avec l'hermaphrodisme. Mais les malades dont nous nous occupons sont normalement conformées dans tous les autres organes génitaux externes.

S'il existe un pertuis dans la membrane qui unit les lèvres, nous pouvons introduire une sonde et explorer la région qui s'étend derrière l'obstacle. Cet examen nous permettra d'évaluer l'épaisseur de l'accolement et de déterminer le mode et l'étendue de la malformation.

Le diagnostic étiologique n'est fourni que par l'interrogatoire détaillé et précis des parents. Seuls, ils pourront nous dire si l'enfant était bien constituée extérieurement, de même que si elle a eu un écoulement.

Dans tous les cas, on devra s'assurer s'il n'existe point de malformations profondes dans les organes, car le pronostic, aussi bien que le traitement, en dépendent.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Le pronostic de l'adhérence des grandes lèvres est tout à fait bénin. Les complications qui peuvent survenir (rétention d'urine étant mise de côté) sont assez rares et sans grande gravité.

Chez les petites filles qui ont des lèvres soudées la vulvite est à craindre. C'est là une complication bénigne, qui cède facilement aux traitements, et que l'opération empêche de récidiver.

La jeune fille pubère voit le cours de ses menstrues dérangé. La rétention est assez exceptionnelle et, si elle entraîne des complications d'un pronostic plus sérieux, le traitement est facile et la guérison assurée.

L'opération n'offre aucune gravité. L'hémorragie est nulle, l'infection, depuis la méthode aseptique, n'est plus à craindre.

L'affection guérit bien et, en général, n'a guère de tendance à récidiver si on surveille les pansements.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement de l'accolement des grandes lèvres sera un traitement chirurgical, et il devra être employé le plus tôt possible. En effet, la guérison spontanée qui peut suivre le simple écartement des jambes est tout à fait exceptionnelle et il ne faut pas compter sur cette éventualité.

HULIN donne plusieurs raisons qui nécessitent l'intervention immédiate : « L'urine, dont la sortie se faisait, mais d'une manière incomplète et dont une partie était retenue par le cul-de-sac, situé au devant du méat urinaire et fermé par l'union des grandes ou des petites lèvres, pouvait amener tôt ou tard une vulvite qui aurait compliqué ce vice de conformation.

» En opérant immédiatement, on épargne à la malade les troubles sérieux, les accidents mêmes, qui se montrent du côté de l'abdomen au moment de la menstruation, si on n'a pas remédié à ce vice de conformation dès l'enfance.

» Enfin, il est un autre motif qui, pour être étranger à la science, n'en a pas moins son importance. Il est toujours fâcheux d'avoir à intervenir par quelques manœuvres sur les parties génitales chez une jeune fille ; il vient un âge où l'imagination des filles se frappe plus facilement, et où il devient dangereux d'attirer leur attention de ce côté.

» Les vieux praticiens savent mieux que moi combien de difficulté et combien il faut de prudence pour obtenir l'inspection des organes de la génération chez une jeune fille, et pendant ce temps le mal fait son progrès.

» Chez un enfant nouveau-né, au contraire, l'opération passe inaperçue. » (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1856, page 298.)

AMUSSAT conseillait aussi d'opérer le plus tôt possible :

« Si on attend, les adhérences acquièrent de la force et sont alors difficiles à détruire. Au commencement, le décollement peut suffire, mais plus tard il faut pratiquer une opération longue et difficile. » (*Gaz. Méd. de Paris*, 1835.)

L'intervention chirurgicale ne se fera, dans le cas d'inflammation, qu'après la disparition de la vulvite ; cette dernière cèdera assez facilement aux bains, lavages avec des solutions antiseptiques. Pour guérir rapidement, on doit empêcher la rétention partielle de l'urine ; pour ce faire, on s'assurera que l'émission de l'urine a eu lieu complètement à l'extérieur.

L'opération dans le jeune âge est toujours bénigne. Elle s'accompagne d'une douleur légère et insignifiante, qui ne nécessite même pas l'anesthésie générale, dans la majorité des cas.

Tantôt la soudure est légère, des tractions sur les grandes lèvres, en sens opposé, suffisent, en général, à les décoller. Si l'on n'y parvient pas, on a recours au bec de la sonde cannelée.

Tantôt on se trouve en présence d'une membrane résistante, ne cédant pas aux manœuvres dont nous venons de parler ; l'emploi du bistouri sera, dans ce cas, de mise. On introduit alors la sonde cannelée derrière la face postérieure des lèvres imperforées et on la glisse de haut en bas, en ayant soin de faire saillir son extrémité inférieure au niveau de la fourchette, et l'on pousse le bistouri sur la sonde cannelée.

L'hémorragie est insignifiante ; il s'écoule à peine quelques gouttes de sang ; l'application d'un tampon suffit à rendre l'hémostase complète.

Dans le cas d'une membrane paraissant très vasculaire par transparence, l'emploi du thermocautère sera indiqué.

Ceci fait, on isolera le bord libre des grandes lèvres jusqu'à la cicatrisation complète, au moyen d'un pansement antiseptique, la récurrence étant à craindre lorsque les surfaces cruentées se rapprochent.

OBSERVATIONS

Observation I. (*Inédite.*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé J. GUYOT.

M^{lle} X... P..., âgée de 11 mois, est conduite par sa mère à la consultation de M. le Docteur J. GUYOT, pour une malformation des organes génitaux externes. Il s'agit d'une fillette, par ailleurs de bonne santé et bien constituée, née de parents jeunes et sans tares pathologiques.

Pendant plusieurs mois personne ne s'était aperçu de la malformation : c'est une domestique qui, en soignant l'enfant, fit remarquer à la mère que cette fillette *n'était pas faite comme les autres*.

Les parents très inquiets amenèrent l'enfant à leur médecin, le Docteur D..., qui leur conseilla de consulter le Docteur GUYOT.

Examen. — Il s'agit d'une fillette ne présentant aucune autre malformation et dont toutes les fonctions se font normalement. Nourrie au sein, elle n'a été atteinte d'aucuns troubles gastro-intestinaux.

Lorsqu'on examine la région génitale, on est surpris par son apparence tout à fait anormale et bizarre. Entre les deux cuissés écartées on trouve une surface cutanée unie et lisse formant un périnée antérieur qui se continue jusqu'au pubis sans la moindre trace de grandes ou de petites lèvres. Sur cette peau, d'apparence normale et tendue, on aperçoit un seul orifice punctiforme par où se fait émission des urines.

L'examen à la palpation du squelette de la région ne dénote rien d'anormal.

On pose le diagnostic d'imperforation vulvaire par soudure congénitale des grandes lèvres et on conseille une petite opération chirurgicale.

Opération. — Celle-ci est pratiquée le lendemain à la Maison de Santé ; quelques gouttes de chloroforme sont données à la fillette

et après désinfection de la région à la teinture d'iode, on incise au bistouri sur la ligne médiane au-dessous de l'orifice urétral : Une mince membrane avasculaire est incisée et derrière elle apparaît la vulve normalement constituée.

Pansement aseptique.

Guérison très rapide : l'enfant repart chez elle quelques jours après, ayant l'apparence d'une enfant normale et ne conservant de sa malformation que l'orifice externe de l'urètre débouchant, non dans le vestibule vulvaire, mais à la réunion supérieure des deux grandes lèvres.

Observation II. (*Inédite.*)

Due à l'obligeance de M. le Professeur DENUcé.

Étant interne chez le Professeur VERNEUIL, M. DENUcé assista ce dernier dans une opération intéressant une « Atrésie congénitale de la vulve ». VERNEUIL recommanda à son aide de préparer tout pour anesthésie, espérant qu'il n'y aurait pas lieu de s'en servir. Il s'agissait d'une enfant de quelques jours chez laquelle la sage-femme, ayant participé à l'accouchement, avait découvert la malformation en question.

En faisant la toilette de la vulve, M. DENUcé constata que, à leur partie postérieure et dans une étendue correspondant aux deux tiers de la vulve, les grandes lèvres étaient réunies. Cette réunion paraissait complète dans le quart postérieur, puis, sur la ligne médiane s'ébauchait un sillon à peine marqué tout d'abord mais s'approfondissant jusqu'au point où cessait la réunion antérieure des grandes lèvres. Au delà on pouvait, en écartant les grandes lèvres, voir dans la profondeur le clitoris et le méat urinaire.

VERNEUIL introduisit dans cet orifice une sonde cannelée qu'il conduisit parallèlement à la membrane formée par l'union des lèvres jusqu'à l'angle postérieur de la vulve. Il attira, alors, cette sonde, exerçant d'avant en arrière et de haut en bas une pression progressive qui, sans douleur notable, amena la séparation des grandes lèvres.

Un pansement à la gaze borriquée fut appliqué entre les lèvres et amena dans quelques jours la guérison complète.

M. DENUcé a observé deux cas dans sa clientèle et deux fois dans l'hôpital des cas analogues qui ont été opérés de la même façon et avec le même résultat.

Observation III.

(HULIN, *Gazette des Hôpitaux*, 1856, p. 298.)

Au commencement du mois de mai 1856, la femme X... me présenta sa petite fille âgée de 7 mois. Au moment de la naissance et lorsqu'on lui donnait les premiers soins de propreté, on s'était aperçu qu'elle n'était pas faite comme une autre.

J'examinai avec soin les parties génitales externes. Les grandes lèvres étaient adhérentes dans une partie de leur épaisseur et dans presque toute leur hauteur, laissant seulement entre elles à la partie supérieure une petite ouverture qui ne donnait qu'imparfaitement passage aux urines.

Un stylet d'argent, d'un petit calibre, fut introduit avec un peu de difficulté par cet orifice vulvaire rétréci. Après l'avoir franchi, le stylet se trouvait plus à son aise, et en le poussant en arrière on rencontrait une nouvelle résistance, puis on sentait que le stylet franchissait de nouveau un orifice et arrivait ensuite dans une cavité assez spacieuse comme le serait la vessie d'un enfant. Un jet d'urine s'échappa le long du stylet.

Pour parvenir dans la vessie, j'avais parcouru une ligne courbe d'abord dirigée de haut en bas, puis de devant en arrière et de bas en haut. Le petit doigt introduit dans le rectum sentait le stylet, mais séparé par une certaine épaisseur.

Le stylet retiré, puis introduit de nouveau par l'orifice vulvaire pénétra de haut en bas et en poussant plus profondément et en arrière, le doigt, qui était resté dans le rectum, le sentit facilement, séparé seulement par l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.

Dans le premier cas j'étais entré dans la vessie, dans le second j'étais descendu jusque dans le vagin. Cet examen attentif de l'état des parties me fit comprendre à quelle variété d'atrésie j'avais affaire et me rassura complètement sur une crainte que j'avais eu d'abord et qui m'avait fait éloigner l'idée d'une opération, me rappelant les cas cités par les auteurs dans lesquels l'occlusion de la vulve coïncidait avec l'atrésie du vagin ou de l'utérus.

Alors je me décidai pour l'opération par la méthode, dite de décollement. Je pressai avec l'extrémité de la sonde cannelée sur le raphé médian qui unissait les grandes lèvres. Avec un peu de patience le décollement se fit et mit à découvert les petites lèvres. Celles-ci adhéraient entre elles dans leurs trois quarts intérieurs, et furent facilement décollées par le même procédé. Il ne s'écoula

que peu de sang. La vulve ainsi ouverte, permit de constater que les parties qu'elle voilait étaient dans leur état naturel. Un tampon enduit de cérat fut introduit entre les lèvres.

Quelques jours suffirent à la cicatrisation.

Observation IV.

(FOVILLE, Société Anatomique, Paris, 1856, p. 61.)

Une femme, âgée de 48 ans, bien réglée depuis 18 jusqu'à 47 ans, n'ayant jamais eu d'enfant, et, affectée d'une paralysie incomplète du mouvement du côté droit du corps depuis l'âge de 22 ans, entra le 41 janvier 1856, à la Pitié, dans le service de M. Noël GUENEAU DE MUSSY.

Elle était amenée à l'hôpital par suite d'une aggravation considérable survenue depuis 10 jours dans les symptômes de paralysie. Cette malade présentant, en outre, surtout à la face, une teinte d'un jaune terne suspect, M. Noël GUENEAU DE MUSSY crut qu'il pouvait bien y avoir chez elle quelque organe interne affecté de cancer et voulut s'assurer par le toucher de l'état du col utérin; mais se trouvant arrêté dans ses recherches, la malade fut découverte et l'on put constater alors que la vulve manquait et que toute la région située entre l'anus et la symphyse des pubis était recouverte par de la peau, interrompue seulement un peu en avant de l'anus par un orifice trop étroit pour admettre le petit doigt. C'est par cet orifice que sortait l'urine et que s'était écoulé le sang des règles pendant toute la période menstruelle.

Nous savons déjà que cette femme n'avait jamais eu d'enfant; il était évident qu'elle était vierge. J'aurais désiré savoir si elle avait jamais éprouvé des désirs vénériens, mais je ne pus lui faire comprendre mes questions sur ce sujet.

Elle mourut le 31 janvier des progrès de son affection cérébrale, et l'autopsie ayant été pratiquée le lendemain, j'enlevai avec soin tous les organes pelviens, avec les branches horizontales et ascendantes des pubis séparées du bassin par un trait de scie au niveau des trous obturateurs, et toute la peau depuis le coccyx jusqu'au dessus de la symphyse pubienne. Telle est la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, pièce sur laquelle on peut constater les anomalies suivantes :

A l'extérieur, à 2 centimètres en avant de la marge de l'anus, normalement placé, se trouve une fente verticale longue de 4 centimètre. En écartant ses bords, naturellement appliqués l'un

contre l'autre, on voit, à une profondeur de 5 à 6 millimètres, un orifice circulaire à peine assez large pour admettre l'extrémité d'une sonde de femme. A partir de cette fente jusqu'à la symphyse des pubis, il n'y a qu'une peau se continuant parfaitement avec celle du ventre et celle des fesses, et couverte de poils qui, peu abondants même à la partie la plus élevée de cette région, sont très rares sur les côtés et manquent complètement sur la ligne médiane dans une hauteur de 5 centimètres et une largeur de 3 millimètres. En cet endroit la peau forme une bande lisse, unie, plus fine et plus blanche que sur les côtés, limitée latéralement par quelques poils espacés et par une série de plis bien marqués, mais nullement cicatriciels, dirigés en haut et en dehors comme les barbes d'une plume. Cette bande forme une sorte de raphé médian, terminé en haut par une surface plane et élargie, et en bas par une petite saillie verticale faisant un relief peu marqué en avant de l'orifice pré-anal.

En étudiant la disposition des organes internes de la génération, on les trouve constitués d'une manière tout à fait normale. Il y a de chaque côté un ovaire couvert de nombreuses cicatrices et une trompe également réguliers.

L'utérus, haut de 9 centimètres et large de 5 supérieurement, est légèrement antéfléchi; la portion vaginale de son col, au lieu d'être conique et percée d'un orifice circulaire, comme cela a lieu d'ordinaire chez les femmes vierges et aplati d'arrière en avant, présente un orifice transversal sans aucune cicatrice.

Le vagin spacieux, sillonné de replis muqueux très marqués et très nombreux, surtout inférieurement, se rétrécit brusquement comme une bourse pour se terminer à l'orifice circulaire que nous avons mentionné comme faisant suite à la fente externe. Jusque immédiatement en arrière de cet orifice, il est parfaitement libre et ne présente aucune trace de caroncules myrtiliformes ni d'hymen. A 1 centimètre en arrière de l'orifice extérieur du vagin, la paroi antérieure de celui-ci est perforée par l'urètre, qui s'y ouvre obliquement par un mamelon saillant et déchiqueté, et présente sa longueur ordinaire de 3 à 4 centimètres. La portion de la paroi antérieure du vagin, comprise entre l'orifice externe de celui-ci et le méat urinaire, est tapissée d'une muqueuse qui a tous les caractères du reste de la muqueuse vaginale, sans aucune trace de tissu fibreux ni cicatriciel.

La dissection des couches profondes de la région ano-pubienne, faite avec grand soin par U. TRÉLAT, secrétaire actuel de la Société, nous a fait voir dans la disposition des parties cachées des

organes génitaux externes, une régularité presque aussi parfaite que celle que nous avons signalée dans les organes génitaux internes. En effet, immédiatement au dessous des téguments, existe une masse cellulo-adipeuse oblongue, entourée d'une membrane fibreuse, semblable, en un mot, à la masse cellulo-fibreuse décrite par M. BROCA dans l'épaisseur de la grande lèvre. Au dessous, un feuillet fibreux, que l'on peut nettement isoler, s'insère au bord antérieur de la branche ischio-pubienne, et représente l'aponévrose superficielle du périnée. Plus profondément encore, il existe de chaque côté un corps érectil appliqué contre le bord interne de la branche ischio-pubienne, racine du corps caverneux du clitoris; on voit à sa surface quelques fibres nacrées appartenant à un muscle ischio-caverneux peu développé. Les deux corps caverneux se réunissent par leur extrémité supérieure de manière à former une arcade inscrite dans celle du pubis, et de leur angle de réunion par un prolongement, surtout fibreux, il est vrai, et peu vasculaire, qui s'étend inférieurement jusqu'à la saillie extérieure signalée au-dessus de l'orifice préanal. Ce prolongement et cette saillie offrent donc les rapports et la forme d'un clitoris peu développé; mais, au lieu d'être composés de tissu érectile ils sont formés par un tissu fibreux très dense, presque lardacé qui se confond avec les abords de l'ouverture extérieure, constitué de même. Au même niveau, se trouve de chaque côté du vagin un autre corps érectile à peine gros comme une amande ordinaire, corps recouvert par l'extrémité inférieure de la racine du corps caverneux du clitoris, avec lequel il communique par le réseau intermédiaire, en embrassant lui-même latéralement le canal de l'urètre. C'est, on le voit, le bulbe du vagin; seulement ses proportions sont très réduites, et au lieu d'embrasser complètement l'origine de ce conduit, il ne recouvre pas la partie supérieure de ses côtés. La glande vulvo-vaginale n'a pas été retrouvée; j'ai déjà mentionné l'absence complète d'hymen et de caroncules myrtiliformes.....

..... Il nous paraît plus vraisemblable de supposer, et c'est l'hypothèse, que nous demandons à émettre à la fin de cette note, que cette disposition doit tenir à une adhérence survenue pendant la vie intra-utérine entre les deux replis des téguments occupant primitivement la région pubio-coccygienne et représentant les organes génitaux urinaires dans les fœtus des deux sexes, adhérence ayant formée une sorte de voile au devant d'organes primitivement bien constitués, qui, ainsi cachés et soustraits à leurs

excitants physiologiques, ne se seraient qu'imparfaitement développés pendant l'évolution complète de l'individu.

Observation V.

(Publiée par AMUSSAT, *Gazette médicale de Paris*, 1835, p. 821.)

C'était une jeune demoiselle de 7 ans; ses parents s'étant aperçu de l'imperforation de la vulve consultèrent un médecin accoucheur qui conseilla d'attendre l'époque de la puberté, avant de rien entreprendre.

Je fus aussi consulté. On me dit que c'était pour une jeune personne de la province. J'engageai les parents à faire examiner l'enfant, et à la faire opérer dans le cas où il n'y aurait qu'une simple occlusion de la vulve. Je donnais alors des soins à la fille aînée de la dame qui me consultait. La mère m'ayant un jour prié de venir plus tard que de coutume, me prit à part à mon arrivée, et me dit que la petite fille pour laquelle elle m'avait consulté était sa plus jeune fille; elle me pria de l'examiner pendant son sommeil et de l'opérer si je le jugeais convenable. La mère et la gouvernante devaient se placer de manière que je ne fusse pas vu par l'enfant dans le cas où elle se serait réveillée par la douleur.

Effectivement, après avoir reconnu une simple soudure des grandes lèvres, je fis des tractions qui désunirent les parties soudées, et une sonde de femme acheva la désunion en déchirant une pellicule qui s'étendait d'un côté à l'autre. La petite fille se réveilla, la mère lui persuada que c'était en la nettoyant qu'on lui avait fait un peu de mal, et elle ne se douta ni de ma présence, ni de l'opération.

Le lendemain elle jouait comme de coutume et le surlendemain la mère me dit que sa petite fille était animée, gaie et même extraordinaire; qu'elle faisait des prévenances à tous les messieurs, et ne voulait que des poupées de garçon qu'elle habillait en leur faisant des compliments et les appelait monsieur, etc.

Observation VI. (Publiée par le même.)

Le deuxième fait d'imperforation de la vulve est relatif à une petite fille de 4 à 5 ans, forte et bien constituée d'ailleurs.

Elle fut amenée à ma consultation par sa grand'mère, le 10 janvier 1833. J'opérai comme dans l'observation que je viens de

citer, et la réunion des grandes lèvres fut encore plus facile, c'est-à-dire que la déchirure s'opéra sans de grands efforts de traction et sans secours de la sonde. La petite fille se prêtait fort peu à l'opération. La membrane hymen présentait la même disposition que dans le cas précédent.

Observation VII. (*Publiée par le même.*)

Dans un troisième cas d'imperforation de la vulve qui ne m'est pas personnel, l'opération a été faite avec succès de la même manière, voilà le fait :

Le 9 mars 1830, BARRE, médecin des vénériens, amena à l'Académie de Médecine une petite fille dont la vulve était imperforée. En présence de MM. BRESCHET, CHOMEL et quelques autres membres de l'Académie, il nous demandait avant la séance, ce qu'il faudrait faire dans ce cas, en nous montrant la vulve soudée. Ayant aperçu la ligne du raphé et de la soudure, je lui dis de tirer fort ; puis plus fort sur les grandes lèvres, et de pousser au milieu avec son petit doigt. Alors il vit une vulve à son grand étonnement et celui des assistants.

Observation VIII. (Résumée.)

MAURICEAU. — Observations sur les accouchements, obs. 172.

(COIGNOUX. — Thèse de Paris, 1900.)

Le 9 juin 1676, MAURICEAU a vu une petite fille âgée de 4 ans qui avait naturellement l'entrée externe de la vulve tout à fait close, à l'exception d'un simple petit trou qui était seulement égal à la grosseur d'une plume de pigeon, situé au dessous du conduit urinaire. On pouvait prendre cette disposition pour un véritable hymen.

En raison de l'âge de cette fille il remit l'opération à plus tard et l'opéra vers l'âge de 8 ans.

Observation IX. (Résumée.)

MAURICEAU, obs. 231.

Jeune fille âgée de 17 ans, qui, depuis 2 ans présentait des coliques revenant à intervalles réguliers. On trouvait une tumeur au dessus du pubis. Rétention menstruelle par atésie vulvaire.

« Une membrane charnue assez épaisse recouvrait extérieurement la vulve de cette jeune fille qui n'était nullement perforée excepté du seul conduit de l'urine qui était dans sa situation ordinaire. »

Observation X. (Résumée.)

Communiquée par RENAUDIN à la Société d'émulation
pour l'avancement des Sciences. An VI.

Marie Elisabeth Hebert est arrivée à l'âge de 25 ans sans voir apparaître ses menstrues. Bien développée et bien constituée, excepté les seins qui sont fort petits. L'examen des parties génitales révèle une atrésie de la vulve. « De plus, nous avons trouvé la vulve presque entièrement fermée et ne présentant qu'une petite ouverture capable d'admettre au plus le tuyau d'une plume ; cette ouverture répond au canal de l'urètre et donne passage à l'urine. » La malade est presque sourde et sujette aux maux de tête. On fait une incision longitudinale que suit le raphé médian qui existait sur la membrane obturante. Pansement isolant, guérison.

CONCLUSIONS

- 1° L'accolement des grandes lèvres constitue une anomalie très rare, il est vrai, mais à laquelle il faut penser.
- 2° Cette anomalie ne dépend pas d'un vice de développement embryogénique ; elle succède probablement à une vulvite intra-utérine.
- 3° Il faut examiner avec soin les enfants après la naissance, pour éviter les complications fâcheuses qu'amène cette anomalie.
- 4° Toutes les enfants atteintes de cette adhérence seront opérées sans attendre, les opérations nécessaires étant anodines.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président de Thèse,

M. DENUCÉ.

VU :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 43 Janvier 1922.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AMUSSAT. — *Gazette médicale*, 1835.
- ASHWELL. — *Practical treatise of the diseases to women*.
- BRANDELOCQUE. — *Art. des accouchements*, 1844.
- BERNITZ. — *Cliniques médicales des maladies des femmes*, 1888.
- BIDE. — *France médicale*, 1876.
- BLANC. — *Gazette hebdomadaire*, 1874.
- BOUCHACOURT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1856.
- BUDIN. — *Thèse d'agrégation*, 1878.
- CAZEAUX. — *Traité pratique et théorique de l'art des accouchements*, 1840.
- CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements*, 1890.
- CHIPAULT. — *Bulletin médical*, 1891.
- CHURCHILL. — *Maladies des femmes*.
- COULACOFF. — *Thèse de Paris*, 1890.
- DEBIERRE. — *Les vices de conformation des organes génitaux urinaires de la femme*, 1892.
- DEBRON. — *Gazette médicale de Paris*, 1851.
- DECHAMBRE. — *Dictionnaire de Médecine*, article vulve.
- DOLBEAU. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1866.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, 1890.
- DUPUYTREN. — *Leçons de clinique chirurgicale*, Hôtel-Dieu de Paris, 1839.
- DUGES. — *Manuel d'obstétrique*, 1840.
- FOLLIN et DUGLAY. — *Traité de pathologie externe*, 1867.
- FAILLE. — *Thèse de Paris*, 1880.
- FOVILLE. — *Bulletin de la Société d'Anatomie*, 1850.
- GOIGOUX. — *Thèse de Paris*, 1900.

- GOSSELIN. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879.
- GONTHIER. — Thèse de Montpellier, 1881.
- GOY. — Thèse de Paris, 1880.
- HIPPOCRATE. -- Traité des maladies des femmes. Traduit Littré.
- HOFMEIER. — Manuel de chirurgie gynécologique, 1889.
- HULIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 1856.
- KIRMISSON. — Traité des maladies chirurgicales congénitales, 1890.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEN. — Tr. médico-chirurgical de gynécologie, 1899.
- LABORDE. — Thèse de Paris, 1895-1896.
- LEGENDRE et BROCA. — Thérapeutique infantile, 1891.
- LUTAUD. — Maladies des femmes, 1900.
- MARTIN. — Traité clinique des maladies des femmes, 1889.
- MARTINEAU. — Organes génitaux et sexuels, 1877.
- MAURICEAU. — Maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouchées, 1740.
- MOREAU. — Thèse de Paris, 1894.
- NELATON. — *Gazette des Hôpitaux*, 1856.
- PETROFF. — Thèse de Montpellier, 1889.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RENAUDIN. — Mémoires de la Société d'émulation pour l'an VII.
- SABATIER. — Thèse de Paris, 1818.
- SCANZONI. — Traité des maladies des organes génitaux externes, 1868.
- TILLAUX. — Chirurgie clinique, t. II, 1894.
- *Gazette des Hôpitaux*, 1880.
- VERNEUIL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1856.
- ZWEIFEL. — Die Krankl der ausseren weile genitali und die dammressi, *Stuttgart*, 1885.

